

介護保険 { 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 } 申請書

（宛先）鶴ヶ島市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医 療 保 険	保険者名												保険者番号											
		被保険者証		記号					番号					枝番											
	フリガナ												生年月日		年 月 日										
	氏名												性別		男 ・ 女										
	住所		〒										電話番号												
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
					有効期限 年 月 日から					年 月 日まで															
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日												
			介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日												
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日													
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日													

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）																		
	住 所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所在地	〒										電話番号											

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、鶴ヶ島市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 _____ 代筆 _____ 続柄 (_____)

今回の申請に関する連絡先（ご家族の方など）

氏名	フリガナ	本人との関係	
住所	自宅電話番号		
	携帯電話番号		
備考			

申請受付後、電話で日程調整の上、認定調査員（市職員やケアマネジャーなど）がご自宅などを訪問し、認定調査を行います。ご家族の方などによる立会いの希望はありますか？

希望なし 希望あり（ご家族以外に立ち会いを希望する方： _____）

訪問の際に都合の悪い曜日や時間帯があれば、×を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

（自宅で調査を受ける方のみ）自宅敷地内への駐車は可能ですか？

駐車してもよい 駐車不可

（自宅以外で調査を受ける方のみ）訪問場所を選択してください。

入院・入所先 その他の場所（ _____ ）

身体の状態について、該当するものを1つ選択してください。

- 日常生活のほとんどに介助が必要。
 日常生活の一部に介助が必要。または、介助はされていないが、多少の不自由さがある。
 身体機能は比較的保持されている。

認知症のような症状を感じることはありますか？

はい いいえ わからない

市から主治医に意見書の作成を依頼しますが、今回の申請について、主治医は承知していますか？

承知している。 （在宅の場合）最終受診： _____月 _____日頃
 これから主治医に状況を伝える。 次回受診： _____月 _____日頃

該当する場合は☑してください。

- （新規申請の方のみ）早急に介護サービスを利用したい。
（更新申請の方のみ）申請日から30日以内に認定ができない場合に、「延期通知書」を送付しますが、現在の有効期間内に認定ができる場合には、「延期通知書」を省略することに同意します。

今回の申請に当たり、市職員や認定調査員に伝えたいことがあれば、記入してください。

市職員記入欄	受付	被保険者証			資格者証			入力
		回収済	調査時回収	再交付済	なし	窓口	郵送	なし